

ĐƠN XIN HƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH TIẾT KIỆM DÀNH CHO NGƯỜI CÓ MEDICARE

Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS) Tiểu Bang Washington có những chương trình giúp quý vị trả một phần nào phí tổn về Medicare của quý vị. Những chương trình này dành cho người hội đủ điều kiện hưởng hoặc ghi danh vào chương trình Medicare Phần A.

QMB

(Qualified Medicare Beneficiary)
Chương Trình Dành Cho Người Hội Đủ Điều Kiện Hưởng Medicare

Chương trình này dành cho người hội đủ điều kiện hưởng Medicare Phần A là những người có tài sản giới hạn và lợi tức ở vào hoặc dưới mức 100% của Mức Ấn Định Nghèo Khó của Liên Bang (FPL). Chương trình QMB đài thọ Medicare Phần A nếu cần thiết, cũng như đóng tiền bảo hiểm Medicare Phần B và Medicare trả tiền khấu trừ (deductible), tiền đồng trả bảo hiểm (coinsurance), và tiền co-payment.

SLMB

(Specified Low-Income Medicare Beneficiary)
Chương Trình Medicare Cho Người Được Hưởng Có Lợi Túc Thấp

Chương trình này dành cho người hội đủ điều kiện hưởng Medicare Phần A là những người có tài sản giới hạn và lợi tức cao hơn 100% của FPL nhưng thấp hơn 120% của FPL. Chương trình SLMB chỉ đóng tiền bảo hiểm Medicare Phần B mà thôi.

Chương Trình Dành Cho Người Hội Đủ Điều Kiện (Q-1) - ESLMB

(Qualified Individual (Q-1)-ESLMB Expanded Specified Low-Income Medicare Beneficiary)

Chương Trình Medicare Mở Rộng Cho Người Được Hưởng Có Lợi Túc Thấp

Chương trình này dành cho người hội đủ điều kiện hưởng Medicare Phần A là những người có tài sản giới hạn và lợi tức trên mức 120% của FPL nhưng dưới 135% của FPL. Là những người không hội đủ điều kiện hưởng Medicaid và có QI-1. Chương trình QI-1 chỉ đóng tiền bảo hiểm Medicare Phần B mà thôi. Ngân quỹ trong chương trình này rất giới hạn.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ TÔI ĐƯỢC HỢP LỆ?

1. Quý vị phải được hưởng Medicare Phần A và B.
2. Tài sản của quý vị, như trương mục ngân hàng, cổ phần và công khố phiếu không được quá \$4,000 cho một người hoặc \$6,000 cho hai người. Tài sản và lợi tức của vợ/chồng quý vị cũng sẽ được tính ngay cả khi vợ/chồng của quý vị không được hưởng Medicare hoặc không nộp đơn xin trợ cấp.
3. Lợi tức của quý vị phải ở trong mức ấn định của mỗi chương trình. Mức giới hạn lợi tức này được điều chỉnh hằng năm.
4. Muốn nộp đơn xin hoặc có thêm thắc mắc, xin liên lạc với Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) nào của DSHS phục vụ trong vùng của quý vị. **Xem trong niên giám điện thoại của quý vị ở phần chính phủ tiểu bang dưới phần Bộ Xã Hội và Y Tế hoặc Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng để kiểm số điện thoại của CSO nào gần quý vị nhất.**

TÔI SẼ NỘP ĐƠN XIN NHƯ THẾ NÀO?

1. Điền vào đơn đính kèm nếu xin hưởng các chương trình QMB, SLMB, và QI-1 (hoặc ESLMB).
2. Kèm theo bản sao thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương của quý vị (cả hai mặt trước và sau) cùng với thẻ căn cước của quý vị. Đồng thời kèm theo bản sao của thẻ bảo hiểm (cả hai mặt trước và sau), nếu quý vị có bảo hiểm y tế nào khác. **Xin gửi các bản sao, đừng gửi bản chính.**
3. Gửi đơn xin và bản sao của các giấy tờ nêu trên đến phòng CSO ở địa phương quý vị.
4. Quý vị có thể phải chờ đến 45 ngày kể từ ngày DSHS nhận được đơn của quý vị cho đến khi việc cứu xét đơn xin được hoàn tất. Nếu quý vị không thấy DSHS liên lạc lại với quý vị trong vòng 20 ngày, hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) để hỏi ho về tình trạng đơn xin của quý vị.

NẾU QUÝ VỊ CẦN TRỢ CẤP TIỀN MẶT, Y TẾ HOẶC THỰC PHẨM, QUÝ VỊ PHẢI ĐIỀN VÀO MỘT ĐƠN KHÁC. XIN GỌI CHO PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG (CSO) CỦA QUÝ VỊ VÀ HỌ SẼ GỬI ĐẾN QUÝ VỊ MẪU ĐƠN THÍCH HỢP.

**ĐƠN XIN HƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH TIẾT KIỆM DÀNH CHO NGƯỜI CÓ MEDICARE**

APPLICATION FOR MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

Xin đọc phần dưới đây trước khi điền đơn.

Quý vị cần phải trả lời tất cả các câu hỏi để chúng tôi biết được rằng chúng tôi có thể giúp cho quý vị được hay không. Nếu quý vị cần giúp để điền bất cứ phần nào trong mẫu đơn này, hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng ở địa phương của quý vị.

BƯỚC #1

Xin viết chữ hoa.

1. TÊN		TÊN LÓT		HỌ		
2. ĐỊA CHỈ CƯ NGỰ		THÀNH PHỐ		TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH	
3. ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC)		THÀNH PHỐ		TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH	
4. SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ		5. QUÝ VỊ CÓ BỊ TRỞ NGẠI KHI NÓI, ĐỌC HOẶC VIẾT TIẾNG ANH KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
NHẮN TIN		QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI THÔNG DỊCH KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG NẾU CÓ, CHÚNG TÔI SẼ SẮP XẾP THÔNG DỊCH VIÊN CHO QUÝ VỊ. QUÝ VỊ NÓI TIẾNG GÌ? _____				
TIN TỨC TỔNG QUÁT						
NẾU CÓ GIA ĐÌNH, XIN CŨNG CHO BIẾT TÊN VỢ/CHỒNG. DÙNG TÊN HỢP PHÁP.						
TÊN (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)		QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	NGÀY SANH	CÓ XIN TRỢ CẤP HAY KHÔNG? CÓ KHÔNG	SỐ AN SINH XÃ HỘI	PHÁI NAM HAY NỮ
		CHÍNH TÔI				
		VỢ/CHỒNG				
TIN TỨC VỀ ĐÀI THỌ BẢO HIỂM Y TẾ						
XIN ĐÁNH DẤU VÀO NẾU ỨNG DỤNG					SỐ MEDICARE	
Đủ điều kiện hưởng hay đang hưởng: Medicare Phần A		Chính tôi	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>		
		Vợ/Chồng	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>		
Đủ điều kiện hưởng hay đang hưởng: Medicare Phần B		Chính tôi	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>		
		Vợ/Chồng	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>		

Tôi/chúng tôi có bảo hiểm y tế khác. Có Không
 Nếu có, là bảo hiểm gì và ai là người được bảo hiểm dài thọ?

Quý vị có trả tiền bảo hiểm Medicare Phần A hoặc B trong 3 tháng vừa qua không? Có Không
 Nếu có, xin cho chúng tôi biết những tháng nào _____

LỢI TỨC

Đối với mỗi người mà quý vị liệt kê trong đơn này nếu ai có lợi tức, hãy ghi vào phía dưới đây. Xin cho biết lợi tức trước khi khấu trừ các khoản (như đóng thuế hoặc bảo hiểm). Lợi tức bao gồm nhưng không phải chỉ có:

- Tiền lương đi làm
- Tiền do công việc tự làm chủ
- Tiền hoa hồng
- Tiền ăn và ở/Mướn nhà
- Hưu Bổng Hỏa Xa
- Bảo Hiểm An Sinh Xã Hội
- Trợ Cấp Cựu Chiến Binh
- Cấp Dưỡng Hôn Phối
- Tiền Thất Nghiệp hoặc Bồi Thường Tai Nạn Lao Động
- Trợ Cấp SSI/ Trợ Cấp Xã Hội
- Hưu Bổng/Hưu Trí
- Tiền lời cổ phần và tiền lãi
- Khoản tiền khác

TÊN	SỞ LÀM HOẶC NGUỒN LỢI TỨC	SỐ TIỀN TRƯỚC KHI KHẤU TRỪ	BAO LÂU MỘT LẦN?

TÀI SẢN

A. Tài sản của tôi dưới \$4,000 cho một người hoặc \$6,000 cho hai người. Tài sản của tôi bao gồm các trương mục trong ngân hàng, gửi định kỳ, công khố phiếu tiết kiệm, IRA, cổ phần và công khố phiếu, các quỹ hỗ tương, tiền mặt, tài sản khác ngoài căn nhà hoặc xe cộ của quý vị. Có Không

Nếu có, xin liệt kê dưới đây:

TÊN CỦA NGƯỜI CHỦ	LOẠI/SỐ TRƯƠNG MỤC CỦA TÀI SẢN	GIÁ TRỊ HIỆN TẠI

B. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có làm chủ hoặc sắp mua xe hơi hay những xe cộ khác (như xe truck, tàu, nhà di động, xe máy, xe để đi chơi xa (camper) và hoặc xe kéo?) không Có Không

Nếu có, xin liệt kê dưới đây:

TÊN CHỦ NHÂN	LOẠI	NĂM	TÊN/HIỆU	DỪNG LÀM PHƯƠNG TIỆN ĐỂ ĐI ĐẾN CÁC BUỔI HẸN Y TẾ	TRỊ GIÁ	SỐ TIỀN CÒN NỢ
				Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
				Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
				Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		

C. Quý vị hoặc vợ chồng của quý vị có bảo hiểm nhân thọ và trị giá tiền mặt trên \$1,500.00 không? Đồng thời xin liệt kê bảo hiểm hoặc kế hoạch mai táng. Có Không

Nếu có, xin liệt kê dưới đây:

NGƯỜI CÓ BẢO HIỂM	TÊN HÃNG BẢO HIỂM/SỐ HỢP ĐỒNG	TIỀN TỬ VONG	TIỀN CÓ THỂ LÃNH RA	AI ĐƯỢC HƯỞNG BẢO HIỂM NÀY?

XIN ĐỌC THẬT KỸ TRƯỚC KHI KÝ TÊN

TÔI HIỂU RẰNG:

- Tôi phải báo cáo bằng thư, hoặc bằng điện thoại cho Bộ Xã Hội và Y Tế biết bất cứ thay đổi nào về hoàn cảnh của tôi. Báo cáo trễ sẽ gây ra việc hưởng trợ cấp không chính xác.
- Hoàn cảnh của tôi sẽ được DSHS hoặc các cơ quan khác của tiểu bang hay liên bang xác minh.
- Tôi phải cung cấp bằng chứng khi được yêu cầu thì mới được giúp đỡ. DSHS có thể giúp tôi lấy các bằng chứng hoặc liên lạc với người khác hay cơ quan khác để lấy.
- Do việc xin và nhận trợ cấp y tế, tôi chuyển nhượng cho tiểu bang Washington tất cả các quyền được thu bất cứ khoản tiền cấp dưỡng y tế nào, và bất cứ khoản tiền nào mà đệ tam nhân phải trả về chăm sóc về y tế.

LỜI KHAI VÀ (CÁC) CHỮ KÝ

Tôi đã đọc và hiểu rõ những điều khai trong đơn này. Tôi tuyên bố và xin chịu mọi hình phạt nếu khai gian rằng những tin tức khai trong đơn này là sự thật, chính xác, và đầy đủ theo sự hiểu biết nhất của tôi.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN		NGÀY
CHỮ KÝ CỦA VỢ/CHỒNG		NGÀY
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI GIÚP ĐIỀN ĐƠN	CƠ QUAN	NGÀY

TIẾT LỘ TIN TỨC

Tôi cho phép DSHS tiết lộ những tin tức về đơn xin hưởng Chương Trình Tiết Kiệm dành cho người có Medicare của tôi cho người giúp tôi trong việc hoàn tất đơn xin này hoặc người đại diện từ cơ quan của người đó.

CHỮ KÝ CỦA ĐƯƠNG ĐƠN

NGÀY

TIN TỨC TỰ NGUYỆN

Chúng tôi yêu cầu quý vị tình nguyện cho biết về chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị. Những tin tức này sẽ không được dùng để cứu xét quyền thụ hưởng của quý vị.

- Người Da Trắng Tây Ban Nha Da Đen Mỹ Da Đỏ/Thổ Dân Alaska
 Việt/Lào/Miên Bộ Lạc: _____
 Người Á Châu Khác hoặc Đảo Thái Bình Dương Dân Khác: _____

BƯỚC #2

ĐÍNH KÈM BẰNG CHỨNG

Chúng tôi sẽ cần một số dữ kiện từ quý vị để xúc tiến đơn xin. **Luôn luôn gửi cho chúng tôi bản sao các giấy tờ của quý vị, đừng gửi bản chính.**

- Căn Cước Bằng Lái Xe, Giấy Thông Hành, hoặc Căn Cước Có Hình
- Medicare Thẻ Medicare (cả hai mặt trước và sau)
- Bảo Hiểm Khác Thẻ Bảo Hiểm (cả hai mặt trước và sau)

Nếu quý vị không thể trình các bằng chứng, thì DSHS có thể giúp quý vị. Xin kèm theo một thư ngắn giải thích tại sao quý vị không thể cung cấp bằng chứng.

BƯỚC #3

Ký tên, ghi ngày vào đơn của quý vị và gửi đến phòng CSO ở địa phương quý vị, kèm theo các bản sao giấy tờ của quý vị. Gọi cho phòng CSO ở địa phương nếu quý vị cần phong bì đã có sẵn bưu phí.

Cấm kỳ thị trong tất cả mọi chương trình và sinh hoạt của Bộ Xã Hội và Y Tế. Không một ai có thể bị loại khỏi các chương trình và sinh hoạt này vì lý do chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, xu hướng chính trị, nguồn gốc, tôn giáo, tuổi tác, phái tính, hoặc tật nguyền.